



Lista de verificación de expedición sin licencia Unlicensed File Checklist

PROVEEDOR(ES)	NÚMERO DE PROVEEDOR DE FAMLINK	LICENCIADOR			
Se requiere del solicitante	Solicitante n.º 1	Solicitante n.º 2	Para proveedores que reciban en colocación a un niño menor de dos años	Solicitante n.º 1	Solicitante n.º 2
Solicitud firmada recibida (DCYF 10-354)			Tdap: fechas para todos los miembros del hogar que tengan siete (7) años o más <input type="checkbox"/> N/A		
Autorización de antecedentes para 16 años o más (DSHS 09-653)			DTaP: fechas para todos los miembros del hogar entre 0 y 6 años de edad <input type="checkbox"/> N/A		
Resumen de verificación de antecedentes			Para proveedores que reciben a un niño de hasta un año de edad		
Revisión de FamLink de todos los miembros del hogar, sin importar sus edades			Evaluación de sueño seguro		
CA/N Verificar otros estados, si aplica Solicitante número 1 Solicitante número 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Video y preparación sobre llanto inconsolable (PURPLE)		
Información personal			COMENTARIOS		
Vencimiento de licencia de conducir válida					
Vencimiento de seguro vehicular					
Formulario de LEP (DCYF 15-245)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A				
Plan de evacuación de emergencia (DCYF 16-204)					
Referencias (DCYF 15-286)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
Contacto con hijos adultos; si no, el proveedor detalla esfuerzos diligentes: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A				
Formulario de informe médico (DCYF 13-001)					
Estado contable (DCYF 14-452)					
Verificación de condición de indígena, si aplica (DSHS 15-128)					
Inspección del hogar sin licencia (DSHS 10-453)					
Decreto de matrimonio o divorcio: <input type="checkbox"/> Fecha en que se recibió del solicitante <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Fecha en que se verificó en el sitio web del DOH con el número de certificado					
CONTESTADA POR:	FECHA				